

LANDOUZY. — Fièvre zoster et exanthèmes zostériformes,
(1883, Semaine médicale, 25, in, 245).

PROUST. — Zona de la région cervicale : terminaison par furoncles et anthrax. — Bulletin société clinique de
Paris, 1878, etc., etc...

H. HALLOPEAU ET LE DAMANY. — Altérations gangréneuses et
nécrotiques multiples et unilatérales de l'extrémité
céphalique. (Bulletin de la Soc. Fr. de Dermatologie
et de syphiligraphie).

Vu par le président de la thèse
FOURNIER

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- MOUGEOT. — Recherches sur quelques troubles nutritifs, consécutifs aux affections des nerfs. — Thèse de Paris, 1877.
- PLANCHAIS. — Contribution historique à l'étude du zona
Thèse de Paris, 1881.
- VERNEUIL. — De l'herpès traumatique, in Mém. de la Soc. de Biologie, 1873.
- Pathogénique et physiologie pathologique de l'herpès zoster. — In Annales de dermatologie et syphiligraphie (1882, 2, S. in, 173).
- K_APOSÍ. — Ein eigenthümlicher Fall von Herpes Zoster (Zoster cervico-brachialis gangrænosus). Wien. méd. Wochenschr, 1874, XXIV, 545, 560, 830).
- Dritte recidive (vierter Ausbruch) von brachialis gangrænosus dexter. Ibidem, 729.
 - Ueber einen eigenthümlichen Fall von Zoster cervico-brachialis gangrænosus dexter recidivus (5 recidiv. Ausbruch). Ibidem 1876, XXVI, 4, 30.
 - Drei Fälle von eigenthümlichen Zoster gangrænosus et recidivus. Wien. med. Wochenschr. 1879, XXIX, 227, 230.
- Patry

les uns que les autres, on a fait deux ou trois fois par semaine des applications de nitrate d'argent, et on a recouvert de gaze iodoformée enduite de vaseline. La cicatrisation s'est faite lentement par les bords. Vers la fin de décembre, elle était complètement terminée en arrière, tandis qu'en avant sur les deux tiers antéro-internes de la cuisse s'étendait une bande ulcérée de trois à quatre centimètres de largeur.

La malade a commencé à se lever vers cette époque, elle marche difficilement.

Le 17 janvier. — On constate la formation d'un tissu cicatriciel entourant une ulcération qui occupe la moitié antéro-interne du pourtour de la cuisse ; cette ulcération est large d'environ trois centimètres au milieu et va en diminuant jusqu'à ses extrémités. La marche est facile, les douleurs ont disparu. Il n'y a pas d'atrophie musculaire, les deux cuisses sont et ont toujours été d'égal volume.

27 novembre. — Apparition subite d'érythème de la main droite suivi d'œdème, durée quelques heures et disparition complète. Malgré l'absence de douleurs névralgiques et les anomalies de cette maladie, il semble que l'on peut conclure à un zona gangréneux, d'autant mieux que la lésion du poignet est absolument typique. La vésicule aberrante que l'on trouve au-dessus du genou est aussi tout à fait en faveur du zona.

Jusqu'au 10 août, la lésion a toujours augmenté et des vésicules se sont encore formées sur la partie externe de la cuisse, mais à partir de cette époque la plaie a cessé de s'étendre et la fièvre a disparu.

Plusieurs fois des greffes de peau de grenouilles, puis de l'ensemencement des cellules épidermiques ont été essayés, mais sans aucun résultat.

Le 25 septembre les règles disparues depuis quatre mois reviennent très-abondantes : la plaie s'est lentement cicatrisée par les bords et a peut-être diminué du tiers de sa largeur. Son aspect général est toujours le même, ulcération rouge vif formant un cercle très-irrégulier autour de la cuisse et s'étendant en arrière, lorsque le 4 octobre la malade est subitement prise d'une forte fièvre, 40° 4, avec oppression, céphalalgie, en même temps qu'apparaissent sur la plaie plusieurs bulles hémorrhagiques, grosses comme des noix ; elles crèvent, d'autres se reforment à côté et l'ulcération est bientôt revenue à ses dimensions primitives.

La température oscille autour de 40° pendant quatre ou cinq jours, puis diminuée en même temps que disparaissent les bulles, pour redevenir normale vers le 15.

A l'auscultation, on ne trouve absolument rien : le tube digestif fonctionne bien et on n'observe rien d'articulaire.

Traitement. — L'acide picrique qui n'est efficace par ses propriétés kératinisantes que pour les brûlures superficielles n'a pas été employé. Après avoir essayé différents traitements externes aussi inefficaces

les se rompent et s'affaissent pendant qu'à côté s'en forment d'autres toujours énormes et que la lésion augmente d'étendue. En même temps que la peau se gangrène et commence à se détacher, il se forme autour de la partie malade, en haut et en bas, un sillon d'élimination, comme s'il s'agissait de l'amputation naturelle du membre.

La température a oscillé autour de 38° jusqu'au 15 environ, sans jamais dépasser 38.5 .

La malade n'éprouve pas de douleurs, si ce n'est sur le trajet du sillon d'élimination, où elle a des élancements et une sensation de brûlure assez vive.

A la partie postéro-externe du poignet droit et au niveau de l'extrémité inférieure du radius, on remarque une cicatrice de brûlure de la dimension d'une pièce de cinq francs et remontant à quatre mois.

Dans la nuit du 8 au 9, toute la surface de cette cicatrice s'est congestionnée et recouverte de cinq ou six petites vésicules d'herpès, grosses au plus comme de petites lentilles et indolores.

Le 10 août, toute la partie de la peau de la cuisse qui était gangrénée s'est éliminée, laissant à nu une vaste ulcération dont le fond est constitué en avant et sur les côtés par les couches profondes du derme, tandis que sur la bande remontant en dehors du sciatique, l'épiderme est seul enlevé et c'est la couche superficielle du derme qui est ulcérée. Contrairement à ce qu'on observait au début, ces ulcérations sont très sensibles et très douloureuses. Elles ressemblent aux plaies consécutives aux brûlures profondes de la peau.

on remarque une autre phlyctène de la grosseur d'un pois. Cette bulle a disparu après trois ou quatre jours, faisant place à une tache de coloration jaune chamois.

A l'arrivée de la malade, on ne trouve absolument rien d'anormal sur tout le reste du corps, mais le 5 août au soir, on observe sur le bras et la cuisse gauches, une éruption d'urticaire caractérisée par des plaques légèrement saillantes, oedémateuses, prurigineuses de dimensions variables qui disparaissent après quelques heures. La malade doit être sujette de temps en temps à ce phénomène, quoiqu'elle ne présente aucun trouble digestif et nerveux.

Tous les signes de l'hystérie ont été recherchés; la sensibilité est normale partout; pas d'anesthésie locale, d'hémianesthésie, d'hyperesthésie, pas d'anesthésie pharyngée; les différentes sensibilités au contact de la douleur, à la température sont conservées; les sens du goût, de l'ouïe, de l'odorat, de la vue, ne présentent rien de particulier; pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie; pas de zones hystérogènes. Aucuns troubles respiratoires, digestifs, urinaires, pas d'hyperesthésie ovarienne; aménorrhée pendant cinq mois (de mai à fin septembre); caractère émotionnable.

Les urines analysées à plusieurs reprises ne contiennent ni sucre ni albumine.

Cette femme, ordinairement bien réglée, ne l'a pas été depuis trois mois. Elle n'est cependant pas enceinte comme on pourra le voir par la suite.

Les jours qui suivent son entrée à l'hôpital, les bul-

eu un rhumatisme articulaire aigu, qui l'a forcée à garder le lit quatre mois : les renseignements manquent sur la famille.

Le 31 juillet, se sentant fatiguée, elle se repose quelques minutes, et s'aperçoit, quand elle se relève, qu'elle a sur la cuisse droite d'énormes bulles, grosses comme le poing, remplies d'un liquide citrin, analogues à celles que l'on observe après l'application du vésicatoire. Ces bulles sont disposées à la partie moyenne de la cuisse, formant un anneau d'environ 0,10 centimètres de large. La malade n'a éprouvé ni douleurs, ni démangeaisons, à peine un léger malaise s'est-il fait sentir : elle ne s'est aperçue de la présence de ces phlyctènes qu'au ballotement du liquide ; elle les a rompues et a appliqué dessus de l'eau blanche et est entrée à l'hôpital le 5 août.

A son arrivée, on a constaté, à la cuisse droite, un vaste anneau de peau blanche, sèche, dure, gangrénée, insensible (on peut y enfoncer une épingle à une profondeur de plusieurs centimètres, sans déterminer aucune douleur). Les bords en haut et en bas sont encore couverts de grosses bulles ; en arrière, au dessus de l'anneau parallèle au sciatique et en dehors de lui se détache une longue bande couverte aussi de grosses bulles et remontant à plus de 0,20 centimètres, sur une largeur de 0,10 centimètres. La sensibilité de la cuisse au-dessus et au-dessous est conservée tout à fait normale jusqu'aux sillons terminant l'anneau où elle cesse brusquement.

A trois travers de doigt au-dessous du genou droit,

position le zona intercostal. La malade a bien remarqué l'éclosion de « petites bulles » et s'est servie d'amidon, ce qui explique la dureté présentée par les croûtes. L'éruption s'étend environ de la ligne axillaire jusqu'à cinq centimètres du bord droit du sternum. Plus confluente vers la partie médiane des côtes, elle présente à cet endroit deux plaques foncées, presque noires, dures : l'une, postérieure, grande comme une pièce de deux francs, l'autre, antérieure, comme une pièce de cinquante centimes. Leur aspect n'est pas le même : le placard postérieur est plus foncé, et entouré d'une zone inflammatoire plus vive, indiquant une élimination plus proche ; l'épiderme se détache d'ailleurs au voisinage de la zone mortifiée.

Je crois qu'on peut incriminer la pression du corset pour expliquer la gangrène.

Pas de température ; état général bon. Je conseille les pansements chloralés, malheureusement je n'ai pas revu cette malade.

Observation VII

Zona gangréneux de la cuisse par Chérot, Interne des Hôpitaux du Havre.

Le 5 août 1897, est entrée dans le service de M. le Dr de Lignerolles, une femme de vingt-un ans, jouissant habituellement d'une bonne santé. A dix-sept ans, elle a

Quelques pointes de feu sont en outre appliquées en dedans de ce cercle sur le menton.

Le 15. — L'escarrification ne s'est pas étendue; l'induration a diminué, les progrès de la gangrène semblent enrayés.

Observation VI (personnelle).

Zona gangréneux intercostal.

M. B... âgée de 31 ans, fille de rhumatisants, n'a jamais fait de maladie grave.

Il y a huit jours, elle a été prise d'une angine, qui ne semble pas avoir eu de suites sérieuses pour sa santé. Cependant à l'examen, on remarque encore quelques détritits blanchâtres sur le pilier postérieur de la luette à droite; la région de ce côté est encore un peu empâtée et douloureuse.

Mais ce n'est pas pour cette affection qu'elle consulte. Depuis deux jours, elle a ressenti une douleur de côté très supportable, mais elle a vu se développer une éruption sur les sixième et septième côtes droites. Elle a, malgré cela, et comme en somme « elle ne souffre que peu », continué à vaquer à ses occupations ordinaires, ne se séparant même pas de son corset.

A l'examen, on aperçoit sur les sixième et septième côtes une série de croûtes, rappelant par leur dis-

montée, non d'une pustulette, mais d'une vésicule, extrêmement petite à la face, plus grande à la région sacrée.

Le 10. — La papule de la région sternale présente à son centre une petite ulcération à fond sanieux obturée par une croûte.

Pansement à l'eau-de-vie camphrée.

Le 13. — En dehors de la zone violacée qui aujourd'hui entoure presque complètement l'escarre, on voit une zone décolorée, pâle, au niveau de laquelle l'épiderme est détaché, mais non sous forme de vésicules. A ce niveau la sensibilité est obtuse. L'escarre mesure ce matin 4 centimètres et demi d'avant en arrière et 4 centimètres verticalement. L'induration atteint actuellement 9 centimètres verticalement, sur 7 centimètres transversalement.

La nodosité située en arrière de l'oreille mesure 15 millimètres verticalement sur 12 d'avant en arrière. Elle présente par points la même décoloration, que nous avons signalée autour de l'escarre.

Le détritüs blanchâtre situé au fond de l'ulcération ne se laisse pas arracher par la pince et présente les caractères d'un bourbillon furonculaire.

L'asymétrie de la face n'est pas liée à une paralysie faciale, mais seulement à la tuméfaction, les contractions musculaires sont conservées des deux côtés.

L'escarre continuant à s'agrandir, une cautérisation circulaire est faite ce matin sur les limites de la région avec le thermo-cautère.

envahi une grande partie de la région sus-hyôidienne droite et le tiers inférieur de la joue droite. Son étendue est de 7 à 8 centimètres d'avant en arrière et de 9 centimètres de haut en bas.

En passant le doigt dans le sillon bucco-gingival, on peut constater que le maxillaire inférieur et son périoste sont indemnes.

Les lésions buccales paraissent en voie d'amélioration.

L'antérieure s'est un peu élargie, mais son fond se déterge et prend une coloration rosée.

La postérieure montre seulement une ulcération superficielle, rouge, et en dedans de celle-ci quelques points blancs, du diamètre d'un grain de mil.

L'ulcération rétro-auriculaire conserve les mêmes caractères, mais son diamètre a doublé. Les lésions du cuir chevelu ne se sont pas modifiées.

Sur le corps et les membres viennent d'apparaître de nombreuses lésions papuleuses et papulo-vésiculeuses.

On voit, en effet, une papule du volume d'une lentille, de coloration rosée, à surface lisse au niveau de la clavicule gauche ; une autre dans la région épigastrique.

Au niveau de la fourchette sternale, sur la partie sus-mammellaire du sein gauche, sur la partie sous-mammellaire des deux seins, (partie qui est en contact avec la paroi thoracique), au niveau de l'omoplate gauche, on voit de toutes petites pustulettes reposant sur une minime auréole rouge, un peu papuleuse.

Sur l'abdomen, sur les cuisses on voit quelques éléments analogues. Il y en a aussi sur la région sacrée et sur les deux joues ; mais ici la papule rosée est sur-

croûte. La malade affirme qu'il n'y a jamais eu de vésicule.

En dedans de l'ulcération que nous avons décrite sur l'isthme du gosier, entre le pilier antérieur de l'amygdale et de la luette, se sont développés d'autres points blancs, du volume d'un grain de millet, échelonnés verticalement. L'épithélium ne semble pas détruit à leur niveau. Comme précédemment, une friction avec un pinceau ne fait pas disparaître ces points blancs.

Le 12. — La lésion principale (joue droite) a considérablement augmenté d'étendue.

L'eschare centrale mesure actuellement quatre centimètres dans le sens vertical et trois centimètres d'avant en arrière ; elle s'est étendue en bas et en avant vers la région sous-maxillaire par l'addition d'une nouvelle plaque qui se continue avec la première. Dans cette partie inférieure, l'escarre n'est pas encore circonscrite par un sillon de séparation.

En dehors de l'escarre, le derme est dénudé sur une surface plus large que précédemment : en bas et en arrière, autour de cette zone dénudée, on voit un demi-anneau, au niveau duquel les téguments ont une couleur violacée : l'épiderme est plissé, la sensibilité obtuse.

La rougeur inflammatoire est nettement limitée en bas et en avant, mais en haut et en arrière, elle s'avance, sans limites nettes, jusqu'au voisinage de l'oreille.

L'empatement a considérablement augmenté ; il a

près de la fourchette sternale, s'est développé : récemment une papule rouge, saillante, dont le centre est un peu déprimé, et la surface légèrement squameuse.

Le reste de la surface cutanée est absolument normal ; on y voit seulement les cicatrices que nous avons signalées plus haut.

Les douleurs sont en ce moment très modérées.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

L'état général est excellent.

Traitement : pansements boriqués humides ; solution arsénicale : 0,10 pour 300, trois cuillerées à café.

9 novembre. — Peu de modifications se sont produites pendant les trois jours précédents. Elles peuvent se résumer en quelques mots : augmentation de l'étendue de quelques-unes des lésions.

L'eschare du menton s'est un peu agrandie : elle mesure actuellement 16 millimètres transversalement sur 22 millimètres verticalement. La zone inflammatoire qui l'entoure a peu augmenté.

La lésion située derrière la partie supérieure de l'oreille droite est aujourd'hui représentée par une papule indurée d'un centimètre de diamètre. La partie centrale est devenue une excavation large de trois millimètres : c'est une ulcération dont le fond est recouvert de détritrus grisâtres.

L'induration qui siège derrière le lobule de cette oreille ne s'est pas modifiée : ses caractères et ses dimensions sont les mêmes. Pareillement les deux lésions du cuir chevelu n'ont pas changé.

La papule du thorax présente aujourd'hui une mince

accompagnée également de rougeur. Par le palper, on voit qu'elle est due à une infiltration du derme et peut-être bien du tissu cellulaire sous-jacent, car on trouve là une masse indurée, du volume d'un gros haricot, qui fait corps avec le derme. La surface de cette saillie est plane, uniformément rouge, lisse, ne présente aucune altération de l'épiderme. Cette induration a un diamètre de 15 millimètres.

Les douleurs éprouvées par la malade dans la bouche et la gorge sont liées à la présence de deux lésions qui ne sont pas sans quelque analogie avec celles que nous avons décrites plus haut :

Sur la voûte palatine, près et à droite du raphé médian, il y a une plaque blanche, formée de détritits blanchâtres dont l'aspect rappelle un peu celui d'une fausse membrane ; sa forme est ovale, allongée dans le sens antéro-postérieur. Elle est comme enchaînée dans une saillie périphérique de la muqueuse qui est tuméfiée, rouge et indurée.

En arrière et à droite de cette ulcération, entre le pilier antérieur de l'amygdale droite et de la luette, on voit une autre lésion présentant les mêmes caractères que la précédente, mais de dimensions plus considérables, allongée parallèlement au pilier de l'amygdale.

Une friction sur ces plaques faite avec un pinceau n'arrive pas à détacher les détritits blancs qui les recouvrent ; ils sont donc adhérents aux couches sous-jacentes.

Le fond de la gorge présente une rougeur assez intense, généralisée. Sur la partie supérieure du thorax

pus ; sa partie externe est formée de bourgeons charnus.

Plus en dehors, on voit une large zone rouge, à limites peu nettes.

Le palper révèle l'existence d'une induration très étendue, assez profonde. Les limites de cet empiètement correspondent à peu près à celles de la rougeur ; son diamètre est de 6 à 8 centimètres.

Il n'existe pas d'engorgement des ganglions cervicaux, ni même de ceux qui siègent dans la région sus-hyoïdienne du côté malade.

Sur le cuir chevelu, on voit dans la partie postérieure, près et à droite de la protubérance occipitale, une croûte brunâtre plate, d'un diamètre de 8 millimètres, légèrement déprimée, de forme circulaire.

Elle repose sur une base saillante qui donne au doigt une sensation d'induration en même temps que d'épaississement des téguments.

A droite de cette lésion, plus près de l'oreille, on en voit une autre de dimensions un peu arrondies, mais présentant par ailleurs les mêmes caractères.

Dans la partie supérieure de la région glabre rétro-auriculaire droite apparaît une lésion analogue aux deux précédentes : une petite croûte, gris jaunâtre, large de deux millimètres, forme le sommet d'une saillie rouge, à limites plus nettes, plus sensible au toucher qu'à la vue.

Derrière le lobule de cette oreille, près d'une petite tumeur hémisphérique de date très ancienne, il s'est formé, il y a quelques jours, une légère saillie,

Les dimensions de la croûte et celles de la tuméfaction sont allées en augmentant progressivement, et la malade a éprouvé des douleurs contusives assez violentes.

Elle vient à la consultation le 22 octobre et des pansements à l'huile phéniquée lui furent prescrits. Huit jours après ils furent remplacés par des pansements boriqués humides que la malade abandonna bientôt pour des cataplasmes.

Sous l'influence de ces pansements la croûte tomba mais, vers le 2 novembre, l'ulcération, mise à découvert, prit une coloration noirâtre, pendant que le gonflement continuait à s'étendre.

A peu près en même temps la malade commença à éprouver quelques douleurs dans la bouche et la gorge.

En examinant cette femme le 6 novembre, on constate un gonflement assez considérable de la partie inférieure de la joue droite. Ce gonflement s'avance jusqu'à la ligne médiane, au-dessous du menton et empiète assez largement sur la région sus-hyoïdienne latérale.

La partie centrale de cette tuméfaction est formée par une eschare noire, de forme irrégulière, insensible à la piqure, mate à la percussion, et par conséquent peu épaisse.

Autour d'elle, une dépression qui l'entoure complètement marque, d'une manière nette, les limites de la partie mortifiée. Le fond de ce sillon est recouvert de

chevelu des boutons qui se recouvraient de croûtes et qui ont également laissé quelques cicatrices sur la partie supérieure du thorax.

Il y a dix huit-mois, elle eut, dans la région sous-maxillaire droite, un abcès d'origine probablement ganglionnaire. Il fut incisé à l'hôpital St-Louis et guérit en trois semaines. Lors de l'entrée de la malade, on voyait en cet endroit une cicatrice linéaire, saillante, parallèle au bord du maxillaire inférieur.

Son mari est mort dit-elle, de tuberculose pulmonaire. Elle a eu quatre enfants : trois sont morts d'affections dont la nature n'a été que mal déterminée, l'un à dix-sept jours, les deux autres à cinq mois. Il lui reste une fille, âgée de quatorze ans, bien portante et qui n'a eu aucune maladie.

Son dernier accouchement remonte à onze ans. Elle n'a jamais eu d'avortement.

Les accidents cutanés qu'a présentés cette femme ont fait d'abord songer à la possibilité d'une syphilis : mais des recherches pratiquées dans cette voie n'ont pas confirmé cette manière de voir.

D'autre part son état général a toujours été très bon.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté au milieu du mois d'octobre (trois semaines avant son entrée) sous la forme d'un petit bouton. Le sommet de ce bouton s'est rapidement recouvert d'une petite croûte, pendant que la base s'élargissait et se tuméfiait. Son siège initial était la partie inférieure de la face droite.

Observation V

Altérations gangréneuses et nécrotiques, multiples et unilatérales de l'extrémité céphalique par Hallopeau et Le Damany.

Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (nov. 1894).

La nommée B..., couchée au numéro 22 de la salle Lugol, a eu autrefois des angines phlegmoneuses à répétition et peut-être des angines herpétiques, mais depuis une dizaine d'années ces accidents pharyngiens ne se sont pas reproduits.

Il y a trois ans, elle eut sur la moitié gauche de la face cutanée de la lèvre supérieure, près du bord cutané-muqueux, un bouton qui dura environ trois semaines. Elle en ignore la cause et ne peut donner sur sa nature aucun renseignement. Elle n'a pas remarqué s'il y eut ou non de l'adénopathie concomitante dans la région sous-maxillaire correspondante. Cette lésion a laissé après elle une cicatrice facilement visible, demi-circulaire, large de six millimètres, blanche et déprimée.

Pendant l'hiver suivant, elle eut aux cous-de-pied de petites ulcérations, recouvertes de croûtelles, et qu'elle attribue au froid. Dans ces régions persistent quelques cicatrices blanches, mais non déprimées.

Depuis elle a eu sur le corps et surtout sur le cuir

Observation IV (résumée).

Drei Fälle von *eigenthümlicher zoster gangrænosus et recidivus*
par Kaposi.

(Trois cas de zoster gangréneux et récidivant. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1879, p. 227-229).

Le premier cas concerne Marie P... et est remarquable par les particularités suivantes : 1° sa forme et le groupement peu banal de l'efflorescence ; 2° la propagation centripète de l'éruption ; 3° la gangrène prompte et profonde frappant les endroits où se trouvaient les vésicules et la formation des cicatrices kéloïdes ; 4° la grande étendue du territoire frappé ; 5° la récurrence du zoster (voir d'ailleurs obs. II).

Le deuxième est la répétition en quelque sorte du premier et a trait à une femme présentant les mêmes symptômes.

Le troisième concerne Anna S..., âgée de 16 ans. Cette jeune femme n'a pas encore été réglée, sans être cependant d'une faible constitution. Elle présenta un zoster gangréneux, suivi de la formation de cicatrices kéloïdes. Il y eut plusieurs fois récurrence.

Observation III

Ueber ein eigenthümlichen fall von zoster, zoster cervico-brachialis gangrenœsus dexter recidivus (5 rezidivansbruch. par Kaposi.

(Sur un cas particulier de zoster (zoster cervico-brachial gangréneux et récidivant, cinquième récidence).

In Wiener Medizinische Wochenschrift, Wien. 1876. p. 4-7.

L'auteur donne une description détaillée de ce cas particulier, et la fait suivre de très intéressantes conclusions. Depuis longtemps on était porté à croire que le zona ne récidive jamais; déjà cependant O. Wyss, de Zurich, a communiqué le cas d'un malade âgé de 66 ans, atteint de zoster lombo-abdominal, et porteur de cicatrices siégeant au même endroit, reliquat d'un zona ancien datant de trente ans. L'observation présentée en est un cas de plus et plus intéressant parce qu'il fournit un exemple de zoster récidivant, c'est-à-dire survenant peu de temps après un premier zoster. L'étude de ce cas a introduit un doute dans l'esprit de l'auteur sur l'origine ganglionnaire du zona. Il croit que l'étiologie de cette affection n'est pas bien élucidée et que des recherches ultérieures et consciencieuses permettront d'en établir le point de départ.

sième côte et ensuite sur la quatrième et la cinquième. Cette éruption a guéri vite, puisqu'elle a disparu au bout de dix jours, mais a récidivé deux mois après, et a été de nouveau guérie en dix-sept jours.

Observation II (Résumée).

Dritte Rezidive (vierter Ausbruch) von zoster brachialis gangraenosus dexter (Troisième récidive) (quatrième éruption), d'herpès zoster brachial droit gangréneux) par Kaposi.

In Wiener Medizinische Wochenschrift (1875, XXV, p. 739).

Trois fois déjà l'auteur a traité Marie P... pour un herpès zoster. Toutes les observations concernant cette malade ont été publiées dans la *Wien. med. Wochenschr.* La première récidive a eu lieu huit semaines après la guérison : la deuxième, cinq mois et demi après la première, et la troisième, quatre mois après la seconde. Les récidives ont présenté ce phénomène remarquable : la nouvelle éruption commençait à paraître sur les cicatrices kéloïdes qu'avait laissées la poussée précédente. Avec chaque éruption de l'herpès zoster, ces cicatrices kéloïdes gagnaient en hauteur et en largeur.

La malade se plaignait dans cette troisième récidive d'une forte sensation de brûlure dans les parties affectées : sur quelques points, elle avait de violentes démangeaisons. La guérison très laborieuse n'est venue qu'au bout de plusieurs mois.

OBSERVATIONS

Observation I (résumée).

Ein eigenhümlichen Fall von Herpes zoster, par Kaposi

(Un cas particulier d'herpès Zoster).

Wiener Medizinische Wochenschrift (1874, XXIV, p. 545).

Il s'agit d'un herpès zoster cervico-brachialis gangréneux. Ce cas est loin d'être fréquent: il est tellement rare qu'il n'a jamais été observé jusqu'ici ni par l'auteur, ni même par Hébra. La marche topographique de l'éruption a été : 1° sur le dos de l'avant-bras droit, discrète sur l'articulation du poignet, s'accroissant sur le coude et sur la face externe du bras jusqu'au sommet de l'épaule ; 2° l'éruption recouvre ensuite la face antérieure du bras en empiétant sur sa face interne ; 3° de là l'éruption gagne la moitié cubitale de l'avant-bras suivant le bord du cubitus, — arrive de nouveau sur le dos de ce segment du membre thoracique. En outre sont survenues des éruptions sur la poitrine, d'abord au niveau de la deuxième et de la troi-

CONCLUSIONS

Le zona gangréneux prend quelquefois des formes graves et anormales, impossibles à prévoir d'après le caractère de l'éruption : papuleuse, vésiculeuse, bulleuse.

Les eschares deviennent alors d'un volume excessif (8 centimètre carrés dans un cas), occasionnent des troubles généraux intenses, très exceptionnellement la mort, et laissent après elles des cicatrices irrégulières, nacrées, parfois de véritables kéloïdes. Les récidives sont fréquentes (onze fois obs. II) et rapides, avec début dans les cicatrices.

Quoiqu'on fasse, l'élimination de la zone mortifiée est difficile et dure des semaines, des mois même, et la guérison peut se faire avec des troubles moteurs (paralysies, amyotrophies) et sensitifs (crampes, démangeaisons, hyperesthésie, anesthésie) qu'on a vu persister pendant plusieurs années.

A voir ces récidives rapides et tenaces, on se demande s'il ne faut pas faire remonter plus haut que les ganglions l'étiologie de l'herpès zoster.

grenouilles, mais sans aucun résultat, tellement la vascularité est compromise.

On relèvera les forces du malade par un régime réparateur et tonique ; vin, quinquina, alcool, vins, etc.

Les amyotrophies et paralysies consécutives au zona gangréneux nécessitent le traitement classique : « électricité à courants continus faibles et prolongés », massage, et enfin les eaux excitantes de Bourbonne, de Balarue et de Lamalou.

TRAITEMENT

L'éruption est tellement rapide qu'on ne saurait songer à la faire avorter par les moyens préconisés dans l'herpès zoster vulgaire. On se gardera bien aussi de rompre les bulles, ce qui ne pourrait qu'être une recrudescence de douleur pour le patient. Il faudra d'abord recourir aux pansements humides, alcoolisés, phéniqués ou choralés faibles, mais pour peu que l'eschare menace de s'étendre, le mieux sera de la circoncrire par des pointes de feu assez profondes.

Une fois le sphacèle éliminé et la plaie bien détergée on pourra se contenter « de plaques de gaze iodoformée enduites de vaseline ». Si la cicatrisation marche lentement, ce qui ne doit pas surprendre après tant de récidives, on fera deux ou trois applications de nitrate d'argent au 1/50^e par semaine, pour activer le travail de réparation.

On a même essayé de l'ensemencement des cellules épidermiques et de la greffe de peau de

température et incommode le malade par les éruptions secondaires dont elle est cause.

La réparation demande en général, des semaines, des mois (4 mois, obs. VII), entraînant des troubles de la santé, quelquefois très intenses. On a pu citer des morts.

La guérison ne s'obtient qu'au prix de cicatrices, irrégulières, pigmentées, « véritables kéloïdes » (thèse de Mougeot, 1867) ; souvent elle ne se maintient pas, et comme dans ces tissus atones la vitalité est compromise, se font des récides très nombreuses (onze fois dans une observation de Kaposi), commençant à paraître sur les cicatrices kéloïdes et gagnant en surface à chaque éruption. La cicatrisation devient alors des plus difficiles à obtenir et il n'est pas étonnant que le malade se demande avec anxiété s'il guérira jamais. C'est surtout dans ces cas graves que la névrite s'accroît et se propageant aux autres branches du plexus, se montrent des paralysies et amyotrophies, troubles moteurs rares en somme. Il n'en est pas de même des troubles sensitifs : l'anesthésie peut persister, ou le plus souvent la cicatrice être le siège de démangeaisons ou de névralgies insupportables.

PRONOSTIC

Il ne semble pas possible de savoir à l'avance la gravité de ces cas intenses, d'après la forme de l'éruption. A voir la papule du début de la maladie de M. Hallopeau, on n'eut jamais songé qu'une ulcération aussi vaste et aussi tenace s'en fût suivi. Cependant on sera vite étonné, car bientôt les croûtes tomberont et montreront une eschare, plus ou moins volumineuse, entourée d'une zone stupéfiée, ainsi qu'en témoignent les troubles sensitifs, qu'un examen sérieux révélera. C'est une menace d'extension de la plaque et c'est ce qui se produit le plus souvent : elle peut atteindre des dimensions considérables (8 cent.³ à la face, obs. V).

Quand l'organisme se débarrasse de cette masse mortifiée, inerte et dangereuse, on n'a guère à craindre les thromboses pouvant lancer des embolies dans différents organes ; l'infection par les produits putrides, composés de substances toxiques, est la plus importante, allume la

respectée. Et l'on sait qu'un des caractères les plus frappants du zona est l'unilatéralité de ses lésions, quelque forme qu'il revête. Si bien qu'en voyant la localisation, on y doit songer, car il est exceptionnel qu'il soit symétrique. Dans l'érysipèle, pour peu qu'il soit près de la ligne médiane, cette dernière est tout de suite dépassée.

L'éclosion rapide et successive des bulles ferait songer au pemphigus, si les symptômes étaient plus intenses. D'ailleurs l'évolution est bien plus rapide, et dans ces cas extrêmes comporte une gravité plus grande (pemphigus gangréneux).

La question la plus délicate, dans certains cas, sera la distinction à établir entre un zona franc idopathique et les éruptions zostériformes liées au tabes, aux trophonévroses, aux compressions nerveuses, brûlures et gelures. A voir, en effet, la ténacité désespérante des plaies laissées par l'élimination des eschares, la facilité avec laquelle elles récidivent, une idée d'analogie s'éveille dans l'esprit. Kaposi, en 1876, après avoir observé de ces cas où la récurrence était si prompte, se demandait si l'origine ganglionnaire du zoster était exacte. Des autopsies nouvelles permettront peut-être à des recherches consciencieuses d'en établir le vrai point de départ.

DIAGNOSTIC

Evidemment, lorsqu'il y a eu température, douleur plus ou moins accusée, éruption sur le trajet de filets nerveux, qu'elle soit polycyclique ou même irrégulière, on ne saurait guère songer à une autre affection. Mais, ainsi que je l'ai dit dans un précédent chapitre, ces signes caractéristiques sont peu souvent associés, et le diagnostic devient hésitant ; ce n'est que par l'ensemble des symptômes qu'on arrive à un diagnostic. Et si l'on s'en rapporte aux observations publiées, on remarquera qu'ici, comme en beaucoup d'autres affections, on pourra se faire une opinion probable.

Si la confusion a pu exister au début avec un érysipèle gangréneux, surtout à la face où il est si facilement phlycténoïde, la marche de l'affection fera disparaître toute incertitude ; le gonflement sous-cutané est considérable ; il existe un rebord saillant périphérique bien net, la rougeur est plus continue, la fièvre plus intense (40°) et surtout la ligne médiane n'est pas

desquamation de l'épiderme qui environne le sphacèle.

A ce moment, on peut constater des troubles sensitifs très variés : hyperesthésie chez les uns, anesthésie chez les autres, soit sur les plaques, soit sur les parties saines périphériques. On peut piquer profondément la région, et cependant le patient accuse qu'il ressent une cuisson des plus vives.

Le thermomètre monte assez haut (V. obs. VII) pendant quelques jours, mais en général dès que l'élimination de la zone mortifiée est en bonne voie, il baisse rapidement.

Les accidents graves, la mort même, sont survenus, mais c'est exceptionnellement. Outre la fièvre, il y a souvent de l'anorexie, et des phénomènes d'embarras gastrique.

Une chose assez fréquente, est l'apparition d'éruptions pustuleuses et vésiculeuses, ou rappelant l'urticaire, survenant en différents points de la surface cutanée, « liés selon toute vraisemblance à l'infection par les produits septiques émanés du foyer gangréneux » (Hallopeau et Le Damany).

du gosier indiqueraient une participation des rameaux palatins et pharyngiens du maxillaire supérieur aux ulcérations : les éruptions du cuir chevelu et de la région rétro-auriculaire montrent qu'il en serait de même des nerfs : 1^o Grand occipital; branche postérieure du deuxième nerf cervical, 2^o auriculaire et occipital, branches du plexus cervical superficiel, et enfin la papule thoracique impliquerait la mise en jeu du rameau sus-claviculaire du même plexus » (Hallopeau et Le Damany).

La marche de l'éruption dans le cas de Kaposi a été la suivante : 1^o sur le dos de l'avant-bras droit, discrète sur l'articulation du poignet, s'accroissant vers le coude et sur la face externe jusqu'au sommet de l'épaule ; 2^o l'éruption recouvre ensuite la face antérieure du bras en empiétant sur sa face interne ; 3^o de là, l'éruption gagne la moitié cubitale de l'avant-bras suivant le bord du cubitus, arrive de nouveau sur le dos de ce segment du membre thoracique.

Les bulles ne restent pas longtemps, et trois à quatre jours après, elles se rompent, laissant s'écouler leur contenu, pour former ensuite des croûtes, qui par leur chute, nous l'avons déjà dit, mettront à nu une surface sanieuse ou sèche, accompagnée ou non de traînées lymphagiques. Rien de fixe, nous le savons aussi, dans le volume des eschares ; les tissus sont stupéfiés assez haut, et l'on remarque bientôt la

tion essentiellement polymorphe, vésiculeuse, bulleuse, papuleuse, sans qu'on puisse dire la gravité que comporte chaque forme. Le nombre des éléments est très variable, six, dix, vingt même, comme aussi leur volume ; dans un cas on a pu le comparer à celui des phlyctènes produites par la vésication. Ordinairement les vésicules se fusionnent et forment des bulles à aspect polycyclique.

Si, au premier abord, on n'aperçoit pas toujours sur quels filets nerveux s'est faite l'éruption, on y arrivera par un examen attentif, soit qu'on découvre des éléments aberrants, soit qu'une poussée nouvelle vienne en indiquer la direction. Barthélemy admet la possibilité d'éclosions successives, par poussées moins intenses, d'éléments sur une même plaque en même temps que paraissent de nouvelles taches exanthématiques. L'observation VII comme aussi celles de Kaposi sont là pour appuyer cette manière de voir. Malgré cela, toujours la lésion reste unilatérale.

Un fait très curieux est l'envahissement de plusieurs territoires nerveux, à cause du voisinage ou des anastomes. Deux exemples frappants nous sont fournis par MM. Hallopeau et Kaposi. « Tandis, en effet, que la gangrène de la partie inférieure de la joue droite est dans le territoire de la branche maxillaire inférieure, les ulcérations de la voûte palatine et de l'isthme

SYMPTOMES

Tous les symptômes considérés comme caractéristiques, quand ils existent, peuvent manquer. La douleur précurative, signalée par les auteurs, fait souvent défaut. L'éruption s'est faite quelquefois si rapidement que le malade n'en a pas ressenti ou n'a pas eu le temps de l'analyser : on dirait que la mortification de la peau est trop prompte pour qu'elle se fasse sentir. (Nous parlerons d'ailleurs plus loin des curieux troubles sensitifs notés en cette affection). Par contre, dans un cas de Fuchs, elle devenait atroce au contact, même de la plus fine chemise ; dans un autre de Rayer, une plaque de gangrène suffisait à produire une violente douleur intercostale en ceinture. Une sensation souvent éprouvée est celle de brûlure, comparée par les malades aux cuissons les plus ardentes.

Quoiqu'il en soit, sur les plaques exanthématiques (deux, quatre, une seule même, et alors la maladie est souvent méconnue), témoignant de la congestion de la peau, apparaît une érup-

et sensitifs, les volumineuses pertes de substance, si tenaces, si longues à guérir dans ces cas de zona intenses. N'y-a-t-il pas là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans le zona ophtalmique où l'on voit l'œil se vider en entier, dans le mal perforant, les ulcères rebelles, conséquences éloignées de brûlures ou gelures anciennes, comme chez ce malade de M. Tuffier, qui présenta une plaie atonique survenue vingt-cinq ans après avoir eu la jambe gelée !

Les lésions du système nerveux ne suffiraient peut-être pas à elles seules à expliquer ces récidives si nombreuses (onze fois, Kaposi), mais il s'est produit un affaiblissement de la vitalité des tissus, tel qu'il suffirait de circonstances minimales pour amener cette complication. Sans compter que ces malades sont pour la plupart des débiles, des femmes, chez lesquelles l'irritation des téguments est plus facile, ainsi que le prouve la fréquence avec laquelle elles font des éruptions. A plusieurs reprises, la malade de M. Chérot a fait des poussées polymorphes pendant sa maladie. Il n'est donc pas trop étonnant que le sphacèle prenne des proportions si grandes, sans que pour cela la cause soit nécessairement plus intense. Un examen sérieux n'a pu faire découvrir chez elle aucun stigmate d'hystérie.

Ceux qui ont le plus contribué à fixer anatomiquement la question sont Mitchell, Morchouse et Kean (1864), et surtout Oscar Wyss, de Zurich. Le peu d'autopsies pratiquées (une vingtaine), car on ne meurt que par exception de cette affection, ont été très bien étudiées et pour tous les médecins « l'idée de névrite est universellement admise, et le zona n'est autre chose qu'un trouble trophique (Dühring).

Les perfectionnements de la technique ont singulièrement étendu le champ des névrites périphériques et on tend à admettre que l'éruption de zona avec ses conséquences ultimes est le résultat de l'irritation inflammatoire transmise par continuité de tissu d'un rameau nerveux aux éléments cutanés avec lesquels il est en contact (Barth).

Quelle est la cause de cette névrite? On a incriminé presque toutes les maladies dyscrasiques et microbiennes (syphilis, rhumatisme etc.), la section, la compression des nerfs, en un mot tout ce qui peut les enflammer ou les atrophier. La forme spontanée cache probablement une cause inconnue; les lésions échappant à nos investigations, sont au moins fonctionnelles. Ce n'est évidemment pas là une névrite banale? Car que de névrites on rencontre avec amyotrophie, troubles sensitifs de la peau et sans zona. Cependant comment expliquer autrement les paralysies, troubles moteurs

PHYSIOLOGIE. PATHOLOGIE. ÉTIOLOGIE.

C'est un médecin français, Rayer, qui, en 1851, pensa le premier à l'origine nerveuse du zona, bien qu'il n'eût trouvé aucune lésion du plexus cervical à l'autopsie d'une femme qui, peu avant de mourir, avait présenté un zona gangréneux du cou. Citons les travaux de Charcot (1856), Parrot (1857) de Danielssen qui, en 1864, publia l'autopsie d'un enfant de 20 mois, ayant succombé à la tuberculose pulmonaire, porteur depuis six semaines d'un zona hémorrhagique. « Les sixième, septième et huitième nerfs intercostaux, dit-il, ainsi que les ganglions correspondants étaient tuméfiés et injectés ; les racines étaient intactes »... Au microscope on constata « l'existence d'un processus inflammatoire très accusé sur le névrilème, et des cellules riches en noyaux : entre les cellules il y avait des granulations, soit disséminées, soit par groupes. Les ganglions nerveux n'étaient pas détruits, mais les rameaux nerveux présentaient des fibres variqueuses, granuleuses et interrompues dans leur continuité ».

jour ; par l'ulcération, l'organisme se débarrasse d'une masse mortifiée, appendice inerte et dangereux. Comme il s'agit de gangrène circonscrite, l'inflammation de l'entourage immédiat est peu vive : la lésion est d'ailleurs presque toujours à l'abri de l'air. Cependant il n'est pas rare de constater des traînées lymphangitiques se propageant jusqu'aux ganglions de la région, qui deviennent douloureux (Hardy) : chose difficile à éviter malgré des pansements soigneusement faits.

Ainsi se fait l'élimination à la surface de la peau. Aux muqueuses, l'eschare est nécessairement toujours humide, molle, moins foncée, à aspect pseudo-membraneux, et peut être plus difficile à guérir à cause de l'irritation incessante produite par les fonctions de la bouche et l'infection plus facile à réaliser. C'est d'ailleurs une localisation moins fréquente.

Fait digne d'être noté, ces anomalies semblent plus fréquentes aux membres qu'au tronc, à la poitrine et à l'abdomen : le nom de zona (ceinture), serait donc impropre pour désigner cette affection.

forme un sillon rouge et tranchant nettement sur le bord plus ou moins noir de la zone sphacélée : c'est le sillon d'élimination, constitué par une bande de tissus hypérémisés, enflammés, souvent très prononcé comme dans l'observation VII ; on eut dit « qu'il s'agissait de l'amputation naturelle d'un membre », tellement la section de la peau était nette. En dehors de cette ligne de démarcation sont des tissus violacés, œdématisés, à sensibilité obtuse dont l'épiderme est en voie de désorganisation et tombera après dessiccation.

Les altérations de la peau dans la gangrène ont été décrite par M. Raynaud. « Le corps papillaire présente l'aspect normal de ses rangées de papilles, mais sa couche superficielle est atteinte de sphacèle au niveau des phlyctènes. A côté des cellules déformées se trouvent des cellules adipeuses et des corps pigmentaires qui ne seraient que des débris d'éléments épithéliaux imprégnés de la matière colorante du sang. La substance noire, charbonneuse, qui représente le derme dans la gangrène sèche, est transparente quand on l'examine en coupes très fines, et présente une couleur rouge rubis. Dans la gangrène humide, tous les éléments se dissocient et forment une détritité méconnaissable ».

La partie sphacélée s'élimine dix à quinze jours plus tard, et met à nu une surface tomenteuse, grisâtre, dont le fond se déchargera chaque

tion, le résultat sera bientôt le même : la papule se recouvre d'une croûte (obs. V) ; le liquide devient trouble ou hémorrhagique, la vésicule se flétrit, s'affaisse, se dessèche complètement, et sous ces croûtes brun-jaunâtre ou brun foncé, plus ou moins épaisses, s'est formée, en trois ou quatre jours, dix au plus, une eschare, qui s'étendra et gagnera en profondeur. De quelques millimètres au début, on peut la voir prendre plus tard des dimensions considérables. Quelquefois même il n'est pas besoin d'attendre qu'elle progresse ; elle apparaît toute entière à la chute des croûtes (obs. VII). On remarque alors un vaste placard de peau sénileuse, diphtéroïde ou sèche, blanche, dure, dans lequel on peut enfoncer impunément des épingles ; quelques uns mesuraient 7 à 8 centimètres d'avant en arrière, 9 de haut en bas (obs. V), — 10 centimètres de haut (obs. VII), ayant la forme d'un anneau entourant la partie antéro-externe du membre.

Puis apparaissent plusieurs poussées successives de papules ou de bulles, composées de quatre, dix, vingt éléments rappelant la première. Ce n'est point ici phénomène exceptionnel, comme dans le zona vulgaire : ce sera un apport de plus à la gangrène qui peut s'étendre d'autant, à moins que la mortification ne soit que superficielle.

Comme dans toute gangrène, sur les bords se

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Précédée ou non de signes avant-coureurs, l'éruption se fait toujours d'une manière aiguë (Kaposi). Aussi peut-on rarement en observer le début : la tache érythémateuse, plus ou moins nette peut prendre un développement excessif comme dans ce cas de Vulpian, où il y avait seulement deux plaques larges de 20 centimètres et hautes de 10 centimètres. Quelques heures se sont à peine écoulées que déjà l'éruption est venue : vésiculeuse, bulleuse d'emblée ou par confluence, papuleuse même, cette dernière forme, à la face surtout, où les phénomènes congestifs paraissent en général moins bruyants dans cette affection. La malade de M. Hallopeau n'a jamais eu que des papules ; celle de M. Chérot, en deux ou trois heures a vu se développer des bulles très grosses, analogues à celles que produit l'application d'un vésicatoire.

Malgré cette diversité dans la forme de l'érup-

que, M. Chérot et nous-même avons soigné deux malades atteints de cette affection. Avec M. Chérot la cicatrisation fut difficile à obtenir ; une bonne partie des téguments de la cuisse droite fut intéressée, et malgré cela ni paralysie, ni amyotrophies ne se montrèrent. La cuisse fut toujours d'un volume égal à celui de l'autre.

HISTORIQUE

Kaposi, dans plusieurs publications successives, de 1874 à 1879, signale ces formes graves et anormales du zona gangréneux : les cas qu'il fait connaître ont trait à des malades qui présentèrent des récives rapides et nombreuses. Rayer, Mougeot (Thèse de Paris, 1867), avaient déjà remarqué, après guérison, des cicatrices irrégulières, pigmentées, quelquefois de véritables kéloïdes.

Dix ans plus tard, MM. Hallopeau et Le Daman, présentent à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie (séance du 15 novembre 1894), une malade atteinte de lésions multiples, occupant plusieurs territoires nerveux, mais localisées à une moitié de la tête, qui ont donné lieu à des eschares profondes et étendues.

En 1895, Baüm, en Amérique (*Medicine Detroit*), appelle l'attention sur un cas de zona récidivant après une courte guérison.

Enfin, l'hiver dernier, presque à la même épo-

hôpitaux du Havre : nous lui adressons nos sincères remerciements.

Avant d'aborder notre sujet, nous sentons le besoin d'exprimer notre reconnaissance à nos maîtres des hôpitaux de Lille et de Paris et particulièrement à M. le D^r Duret, professeur de clinique, qui nous a toujours témoigné un bienveillant intérêt.

Pendant notre internat au Mans, MM. les chefs de service ont été pour nous d'une amabilité extrême : que MM. Drouin, Goutard, Hervé, Méliçon, Rocher soient assurés de notre profonde gratitude.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le D^r Le Bail ; nous le prions de croire que nous garderons de lui un souvenir respectueux et reconnaissant pour les conseils qu'il nous a prodigués.

M. le professeur Fournier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il daigne recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance.

ZONA GANGRÉNEUX ANORMAL

PRÉLIMINAIRES

La lecture des observations publiées jusqu'ici sous le nom de zona gangréneux, montre que cette éruption peut, à côté de ses formes classiques, présenter des anomalies qui la rendent au premier abord méconnaissable. Ni la douleur, ni les vésicules, ni la disposition en groupes agminés et polycycliques, ni la résolution rapide ne sont des phénomènes constants. Quelquefois même il se produit des complications telles que des ulcérations à marche serpiginieuse et des gangrènes plus ou moins profondes. Si habituellement elles sont superficielles, on peut en voir aussi qui déconcertent par leur étendue et leur ténacité ; il est bon de les connaître. Aussi avons-nous cru utile de réunir les cas intéressants publiés et de les grouper dans ce travail. Nous en devons un nouveau à la complaisance de notre ami Chérot, interne des

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des hôpitaux.

Membre de l'Académie de médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affectueux et reconnaissant.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
PIERRE DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 1 novembre 1898 à 1 heure

Par OCTAVE PATRY

Né à Saint-Cornier-des-Landes (Orne) le 4 octobre 1873.

Ex-interne de l'Hôpital du Mans

ZONA GANGRÉNEUX ANORMAL

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
LANCEREAUX et POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

—
1898

34

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

34

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 4 novembre 1898 à 1 heure

Par OCTAVE PATRY

Né à Saint-Cornier-des-Landes (Orne) le 4 octobre 1873.

Ex-interne de l'Hôpital du Mans

ZONA GANGRÉNEUX ANORMAL

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : { MM. TILLAUX, professeur.
LANCEREAUX et POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898